

核医学検査 予約申込書 (FAX)

島根大学医学部附属病院 地域医療連携センター 行

TEL 0853-20-2061 FAX 0853-20-2063

令和 年 月 日

1 紹介元医療機関 受付時間(8:30~17:15)を過ぎての申し込みはできませんのでご了承願います

| | | | |
|-------------|-----|--|-----|
| 医療機関名 | | | |
| ご担当医師名(診療科) | | | |
| 連絡先 | TEL | | FAX |

2 紹介患者さん

| | | | | |
|--|--|-----|-----|------------|
| ふりがな | | 性別 | 生年 | 大・昭・平・令 |
| 患者氏名 | | | 月日 | 年 月 日 (歳) |
| | | 男・女 | TEL | |
| 島根大学病院受診歴の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 (有の方はID番号 - -) | | | | |

3 希望検査 ご希望の検査に○印をお願いします

| 検査名 | 放射性医薬品名 | ○印 | 次検査までの期間 |
|----------------|---------------------------------|----|----------|
| 骨シンチ | ^{99m}Tc -MDP, -HMDP | | 24 時間 |
| 脳血流シンチ(安静時) | ^{123}I -IMP | | 48 時間 |
| | ^{99m}Tc -ECD | | 24 時間 |
| | ^{99m}Tc -HM-PAO | | 24 時間 |
| ドパミントランスポータシンチ | ^{123}I -CIT (DaTSCAN) | | 48 時間 |
| 心筋血流シンチ(安静時) | ^{99m}Tc -TF | | 24 時間 |
| | ^{99m}Tc -MIBI | | 24 時間 |
| 腎シンチ | ^{99m}Tc -DTPA | | 24 時間 |
| | ^{99m}Tc -MAG3 | | 24 時間 |
| | ^{99m}Tc -DMSA | | 24 時間 |
| 甲状腺シンチ | ^{99m}Tc | | 24 時間 |
| 甲状腺摂取率 | ^{99m}Tc | | 24 時間 |
| 副甲状腺シンチ | ^{99m}Tc -MIBI | | 24 時間 |
| 唾液腺シンチ | ^{99m}Tc | | 24 時間 |
| 肺血流シンチ | ^{99m}Tc -MAA | | 24 時間 |

4 検査希望日・検査病名・不整脈の有無

| | | | |
|---------------|---------|--------|-----|
| 第1希望 | 月 日 () | | |
| 第2希望 | 月 日 () | | |
| 月 日以外ならいつでも可能 | | | |
| 検査病名 | | 不整脈の有無 | 有・無 |

※核医学検査は、同一日に複数の検査を実施できません。

複数の検査をご希望の場合は「次検査までの期間」を参考に、検査希望日に期間を空けて設定願います。

※脳血流シンチおよび心筋血流シンチは、安静時のみ対応しています。